

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Mars 1910, à 1 heure

PAR

Siméon MINEFF

Né à Silistrie (Bulgarie), le 4 octobre 1882

TORTICOLIS ET FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M HUTINEL, professeur
Juges { *MM DIEULAFOY, professeur*
DEBOVE, professeur
CASTAIGNE, agrégé

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		BOUCHARD
Pathologie médicale.		BRISAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BRZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de reconnaissance

A MES CHERS FRÈRES ET SŒURS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de clinique des maladies infantiles
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades
Chevalier de la Légion d'honneur

Terticolis et Fièvre Typhoïde

AVANT-PROPOS

En terminant ce travail qui marque la fin de nos études officielles à la Faculté de médecine de Paris, nous nous faisons un devoir et un plaisir de manifester notre reconnaissance profonde et sincère envers les illustres maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Leur souvenir nous sera cher ; leur enseignement précieux.

Nous tenons à remercier spécialement M. le professeur Hutinel de son enseignement clinique et pratique au lit du malade, ensuite de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons également nos remerciements sincères à MM. les professeurs agrégés Aug. Broca et P. Nobécourt, pour leur bienveillance et leur enseignement.

C'est avec un vif regret que nous allons quitter ce cher pays de la France, où nous avons trouvé partout

un accueil sympathique et amical. Que les personnes qui nous ont témoigné leur sympathie sachent que leur souvenir restera gravé dans notre mémoire et leur amitié dans notre cœur.

Dans un travail récent, MM. Nobécourt et Paisseau (1) ont attiré l'attention sur un mode de début rare et peu connu de la fièvre typhoïde infantile : le début par un torticolis à l'exclusion des autres symptômes habituels. Aux deux observations publiées par ces auteurs, nous pouvons en ajouter une troisième qui nous a été communiquée par M. le professeur agrégé Nobécourt. Nous avons pensé que l'étude séméiologique de ce symptôme n'était pas sans intérêt, étant donné les erreurs de diagnostic que peut entraîner son ignorance ; les recherches que nous avons faites dans la littérature nous ont montré que le torticolis avait été observé à d'autres périodes de la dothiéntérie, périodes d'état et de convalescence, et il nous a semblé que ces torticolis tardifs avaient une signification et une pathogénie tout à fait différentes. Ce sont ces différentes considérations qui nous ont engagé à consacrer notre thèse inaugurale au torticolis dans la fièvre typhoïde.

1. *Bulletins de la Société de Pédiatrie*, 1909, p. 363.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les classiques ne signalent pas le torticolis parmi les symptômes de début de la fièvre typhoïde : Une exception cependant doit être faite pour Rilliet et Barthez (1) : « Les enfants peuvent se plaindre de douleurs pendant les prodromes ou pendant les quatre ou cinq premiers jours de la maladie confirmée et qui rarement durent au delà du premier septénaire. Ce peut-être un point de côté. Chez le plus grand nombre, la douleur occupait les côtes et la partie postérieure du col, comme dans la névralgie cervicale ou le torticolis. Passagère et peu intense dans la plupart des cas, cette douleur a été quelquefois assez vive pour attirer l'attention à l'exclusion de tout autre symptôme. »

Les différents articles des traités sur la fièvre typhoïde, qu'il s'agisse de l'adulte ou de l'enfant, sont muets sur ce sujet ; aucun ne signale le torticolis parmi les symptômes de début de la dothiéntenterie ;

1. *Traité clinique des maladies des enfants*, p. 682.

il n'en est pas davantage question dans les cliniques de Graves ni dans le *Traité des maladies infectieuses* de Griesinger.

Presque tous cependant, signalent à la période d'état, au cours des formes nerveuses de la maladie, la raideur du cou associée à d'autres accidents nerveux, tels que rachialgie, spasme pharyngé ou laryngé, contractures des membres, convulsion, délire, etc.

Fritz en 1863, dans une thèse très riche en observations cliniques, a étudié les formes spinales de la dothiéntenterie (1). L'histoire de ces formes cliniques avait déjà été ébauchée par Lombard et Fauconnet (2) en 1843 ; ces auteurs signalent la rachialgie cervicale et occipitale : ils rapportent une observation (obs. VI de notre travail), dans laquelle le torticollis apparut en même temps que la céphalée et les vertiges, persista pendant la plus grande partie de la période d'état et s'accompagna de douleur dans le bras droit, de dysphagie et de dysurie.

Fritz, dans sa thèse, rapporte un grand nombre d'observations d'accidents spinaux dans la fièvre typhoïde, mais en dehors de l'observation de Lombard et Fauconnet qu'il reproduit dans son travail, il ne donne point d'exemple de torticollis vrai : il s'agit de raideur de la nuque, qui peut être plus ou moins renversée en arrière, de rachialgie cervicale,

1. FRITZ. *Etude clinique sur différents symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1863.

2. LOMBARD et FAUCONNET. « Etudes cliniques sur quelques points de l'histoire des fièvres typhoïdes. » *Gazette médicale de Paris*, 1843.

de douleurs brachiales, de syndromes méningés plus ou moins complets, mais, dans aucun cas, il ne s'agit de torticollis vrai.

Trousseau, dans ses cliniques, signale la contraction tonique ou spasmodique du sterno-mastoïdien associée à d'autres symptômes ayant leur origine dans le bulbe rachidien : spasme du pharynx et du larynx, dyspnée, toux convulsive.

Des observations plus récentes, consécutives à l'introduction de la pratique de la ponction lombaire dans les méningites ou les complications méningées des infections aiguës, signalent le torticollis.

En 1901, M. L. Guinon rapporte à la Société de Pédiatrie (1) une très intéressante observation de fièvre typhoïde ayant débuté par un malaise vague, diminution de l'appétit et abattement ; ces symptômes s'accompagnaient de torticollis. Ultérieurement, les signes de la dothiéntérie se présentèrent et la malade succomba après avoir présenté le tableau d'une méningite. Nous rapportons plus loin cette observation (obs. IV).

A la suite de la communication de M. Guinon, M. Netter fit la remarque suivante : « Je relèverai tout particulièrement dans cette observation l'apparition du torticollis au début de la maladie. Ce symptôme, ainsi que d'autres manifestations douloureuses, avait été considéré à bon droit, par Fritz, comme un attribut de la force spinale de la fièvre

1. L. GUINON. « Un cas de méningite à bacilles d'Eberth. » *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1901, p. 215.

typhoïde, forme qui correspond à la forme méningitique actuelle. L'apparition précoce du torticolis indique donc que la détermination méningitique a paru dès le début de la fièvre continue » et M. Guinon ajoute : « Comme M. Netter, je considère ce torticolis comme un premier signe de méningite ; en effet, il n'y avait pas de myalgie. »

Les observations de MM. Guinon et Netter montrent la gravité pronostique que ces auteurs attachent au torticolis au cours de la fièvre typhoïde : elles montrent aussi l'intérêt qu'il y a d'étudier cette question et à rechercher si cette gravité est commune à tous les cas de torticolis ou spéciale à quelques-uns seulement.

MM. Moizard et Grenet ont repris récemment l'étude de la forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde (1). Le cas publié par ces auteurs concerne un enfant de cinq ans arrivé à l'hôpital avec de la fièvre, de la céphalée, de la courbature : il y avait une douleur de la nuque, exagérée par la pression des vertèbres cervicales, avec raideur très marquée des muscles du cou, mais les auteurs ne qualifient pas cette raideur de torticolis : il n'y avait pas la déviation de la tête si caractéristique, c'est d'ailleurs la règle dans la forme spinale de la dothiènerie. Les nombreuses observations de la thèse de Fritz signalent de nombreux cas de raideur de la nuque, de

1. MOIZARD et GRENET : « Forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde. » *Archives de Médecine des Enfants*, 1903, p. 1.

rachialgie cervicale, mais les phénomènes sont bilatéraux, symétriques, bien différents du torticolis. Cette rachialgie, cette raideur du cou sont accompagnées le plus souvent de tout un cortège symptomatique qui traduit l'irritation cérébro-spinale : céphalée, délire, convulsion, dysphagie, dyspnée, etc.

On voit que ces observations s'écartent singulièrement des faits auxquels fait allusion Rilliet et Barthez. Il s'agit de raideur du cou, de rachialgie cervicale, faisant partie d'un syndrome méningé plus ou moins complexe, évoluant au cours d'une dothiènerie : il ne s'agit plus d'un torticolis vrai, phénomène de début : c'est un pareil torticolis que concerne le travail de MM. Nobécourt et Paiseau ; il s'agit d'un torticolis vrai, apparaissant comme premier symptôme de la dothiènerie chez l'enfant et ne s'accompagnant d'aucun phénomène méningé. C'est cette variété de torticolis que nous nous proposons de mettre en relief. Ajoutons que dans la même séance de la Société de Pédiatrie, et au sujet de la communication de MM. Nobécourt et Paiseau, M^{me} Nageotte-Wilbouchewitch a fait connaître un cas de torticolis par rupture musculaire qui constitue une variété nouvelle de torticolis au cours de la fièvre typhoïde.

Nous allons d'abord rapporter les observations que nous avons pu recueillir : nous essayerons ensuite d'individualiser les différentes variétés de torticolis typhiques, d'établir leur pathogénie : nous

terminerons par l'étude de la signification diagnostique et pronostique du torticollis au cours de la fièvre typhoïde.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS CLINIQUES

OBSERVATION I

(Publiée par MM. P. Nobécourt et G. Paiseau.)

Fanny M..., âgée de huit ans; entre le 29 août 1909, salle Parrot. La malade, dans tous les antécédents de laquelle on ne relève aucune particularité, a été prise brusquement, huit jours avant son entrée à l'hôpital, d'un torticolis intense; la tête était fortement déviée du côté droit, et la raideur musculaire était si accusée qu'elle a pu faire craindre l'apparition d'une méningite cérébro-spinale. Dès le lendemain, apparaissent une violente céphalée et une constitution opiniâtre accompagnée de quelques nausées et d'une élévation progressive de la température.

Lors du premier examen, le tableau clinique est celui d'une dothiéntenterie bien caractérisée: stupeur, météorisme abdominal, taches rosées lenticulaires, grosse rate, sibilances dans la poitrine, constipation, fièvre à 40 degrés, pouls à 110. La céphalée et le torticolis sont très diminués, il persiste seulement un peu de raideur du cou qui disparaît très rapidement. Le diagnostic évident est confirmé par le séro-diagnostic.

La maladie évolue très normalement avec une intensité moyenne et guérit dans les délais habituels, sans complication, ni rechute.

OBSERVATION II

(Publiée par MM. P. Nobécourt et G. Paiseau.)

Anne V..., âgée de neuf ans et demi, fillette bien constituée, sans antécédents héréditaires ni personnels intéressants, sauf une scarlatine, puis une rougeole quelques mois auparavant, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Parrot, le 29 septembre 1909. Elle a été prise, huit jours auparavant d'un torticolis assez accusé qui a immobilisé la tête en position vicieuse pendant plusieurs jours. Un affaiblissement croissant a obligé l'enfant à s'aliter depuis quatre jours.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la petite malade n'a pas l'aspect typhique ; elle est peu abattue ; la rate est un peu grosse, le ventre légèrement météorisé ; mais le fonctionnement du tube digestif est normal, sans diarrhée, ni constipation. L'enfant se plaint surtout de sa gorge, on constate effectivement, sur le pilier gauche, une légère tache opaline, exulcérée, avec un peu de rougeur diffuse de la gorge et du voile, constituant le tableau de l'angine folliculaire de Duguet Danaschino.

Les jours suivants, la symptomatologie de la fièvre typhoïde se complète, bronchite, taches roses, stupeur, etc., et le séro-diagnostic est positif. L'évolution est celle d'une dothiënenterie assez légère, régulière, sans complications,

sauf quelques foyers d'infection cutanée pendant la convalescence interrompue par une rechute d'allures bénignes ; une particularité à relever est l'absence de troubles intestinaux : les selles sont restées normales, moulées, régulières pendant toute la période d'état, la constipation ne s'étant produite qu'à l'occasion de la rechute.

OBSERVATION III

(Communiquée par le Dr Nobécourt, inédite.)

X..., quatorze ans, au cours d'un voyage en Allemagne, en avril 1899, est pris de douleur dans le cou et l'on constate un torticolis manifeste. La fièvre apparaît et s'élève progressivement ; vers le cinquième ou sixième jour elle atteint et dépasse 39 degrés, puis se maintient à ce taux. Pendant ce temps la douleur du cou persiste.

Je vois le malade au dixième jour, la douleur cervicale a diminué, mais l'enfant a encore de la raideur dans les mouvements de latéralité et la pression au niveau des articulations cervicales détermine de la sensibilité. La température à 39 degrés, le pouls est relativement peu accéléré. Le malade est abattu, dort mal ; je trouve quelques taches rosées lenticulaires ; le ventre est légèrement météorisé, la rate est grosse, un peu de diarrhée. Le diagnostic de fièvre typhoïde s'impose donc. Celle-ci évolue régulièrement avec une température modérée qui ne nécessite pas les bains, mais seulement le drap mouillé. Elle se termine par la guérison au bout de trois semaines.

L'enfant avait donc eu un torticolis comme phénomène de

début d'une diothiénerie. Jamais il n'avait eu de rhumatisme et n'en a pas eu depuis. Il a toujours été d'une bonne santé depuis et n'a pas d'affections cardiaques.

OBSERVATION V

(Publiée par M. Guinon.)

Une enfant de huit ans est conduite le 5 juin à son médecin, parce qu'elle est devenue tout récemment triste, sans entrain, qu'elle a perdu l'appétit et que la moindre marche la fatigue, enfin parce qu'elle souffre de torticolis.

Jusqu'alors, à part une rougeole et une scarlatine, l'enfant n'avait pas eu de maladie sérieuse, elle se portait bien. Les antécédents héréditaires, l'état de santé de ses frères et sœurs ne permettaient pas de craindre la tuberculose.

6 juin. — L'état est le même, faiblesse, langue saburrale, torticolis, température axillaire de 38 degrés. Le médecin, à un embarras gastrique compliqué de rhumatisme musculaire, prescrit de l'antipyrine et un purgatif, mais tous les symptômes s'exagèrent rapidement.

9 juin. — La fièvre atteint 40°8 ; prostration, décubitus dorsal, visage rouge, vultueux, ventre un peu ballonné ; gargouillement dans la fosse iliaque droite, quelques râles de bronchite dans la hauteur des deux poumons. La douleur du cou a presque complètement disparu, le signe de Kernig fait défaut. M. Degès pense alors à une fièvre typhoïde et conseille les bains froids à 27 degrés qui sont repoussés par la famille et remplacés par des enveloppements dans le drap mouillé.

Pendant cinq à six jours on n'arrive pas à abaisser la température qui oscille entre 40 et 41 degrés. Alors on substitue aux enveloppements insuffisants les bains à 27 puis à 25 degrés.

A partir de ce moment, la température de l'enfant oscille entre 38 et 40 degrés.

20 juin. — Apparaissent des accidents cérébraux nouveaux : agitation extrême, irritabilité, parole confuse, délire ; on applique la glace sur la tête et on donne des bains froids.

21 juin. — La perte de connaissance est complète, l'enfant pousse de temps en temps des cris plaintifs ; les yeux grands ouverts, elle a le regard fixe, les pupilles dilatées ; elle semble ne plus reconnaître son entourage ; trismus, grincement de dents ; les cuisses sont fortement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, c'est l'attitude qu'elle gardera désormais presque constamment. Cependant il n'y a pas de raideur de la nuque. La température oscille autour de 40 degrés. On donne des lavements d'antipyrine et de chloral.

23 juin. — Les accidents cérébraux ne font que s'accroître ; l'enfant agite constamment sa tête à droite et à gauche en la faisant rouler sur l'oreiller. Ce mouvement durera jusqu'à la mort.

Je pratique une ponction lombaire qui me donne 20 centimètres cubes de liquide clair et produit une légère et brève amélioration. Les jours suivants apparaissent des hémorragies intestinales qui se répètent à des intervalles irréguliers : elles cessent deux jours avant la mort qui survient le 7 juillet, trente-trois jours après le début apparent de la maladie.

L'autopsie n'a pu être pratiquée, mais l'examen cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien a fourni des résultats intéressants. Il a été pratiqué par le Dr Tollemmer. Le liquide était clair, ne coagulant pas par chaleur, même après adjonction d'acide acétique. Le culot de centrifugation a montré quelques leucocytes et quelques bacilles ne prenant pas le Gram. Les cultures sur gélatine, gélose, gélose lactosée, ont permis d'identifier ce bacille avec le bacille d'Eberth : le diagnostic a été confirmé par l'agglutination du microbe isolé par le sérum de la malade et par un autre sérum de typhique.

OBSERVATION V

(Communiquée à la Société de Pédiatrie par
M^{me} Nageotte-Wilbouchevitçh.) (1)

Il s'agit d'un malade adulte, d'un homme âgé de trente-sept ans. La période d'incubation de la maladie avait été occupée par une grippe fébrile, puis la défervescence s'était faite, mais sans rétablissement franc de l'état général, enfin quinze jours après le début, la température se mit à remonter en escalier. Ce fut alors une fièvre typhoïde de moyenne intensité, sans complication d'aucune sorte, sans diarrhée, traitée par des lotions et du collargol à l'intérieur. Le diagnostic a été confirmé à plusieurs reprises par la réaction de Widal.

1. *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1909, p. 366.

Au bout d'un mois la température était normale et le malade commençait à se lever lorsqu'un jour en faisant un effort pour aller à la selle, il ressentit une douleur au côté gauche du cou ; il n'y prêta pas attention et le lendemain le même accident se reproduisit dans les mêmes conditions, mais cette fois la douleur était très vive, accompagnée bientôt d'une grande gêne de la déglutition et d'un peu d'oppression.

Le cou était nettement tuméfié à gauche, sensible à la pression au niveau et en dedans du muscle sterno-mastoïdien dans sa partie moyenne ; la peau avait conservé son aspect normal et il n'y avait ni œdème ni fluctuation. Le lendemain, la région sensible et indurée s'étend jusqu'à la fourchette sternale, le cou est immobilisé, la tête est légèrement inclinée sur le côté gauche, la déglutition est à peu près impossible, et il s'installe une céphalalgie fort pénible tandis que la température atteint, puis dépasse 40 degrés. Le larynx qui ne peut pas être palpé que sur sa face droite, ne semble pas atteint, et son intégrité est confirmée par un examen laryngoscopique pratiqué par M. Luc. Le traitement a consisté, dès le début, dans l'application d'une vessie de glace au-devant du cou.

Cinq jours après l'accident initial, l'induration commence à diminuer et se limite alors seulement, nettement au muscle sterno-mastoïdien, lequel apparaît beaucoup plus épais que son congénère ; dans l'espace d'une huitaine de jours, le muscle reprend son volume normal et les mouvements du cou reprennent leur liberté ; seule la sensibilité à la pression persiste un peu plus longtemps.

Le jour du début de cet accident musculaire marque aussi

le début d'une rechute de la fièvre typhoïde, rechute bénigne, mais bien nette avec réapparition des taches rosées et de l'hypertrophie de la rate ; l'élévation thermique qui aurait pu faire craindre l'élosion d'une myosite suppurée, était due à la rechute ; la guérison fut définitive au bout de quinze jours.

Cette sorte de torticollis aigu est d'origine musculaire et apparaît au cours de la fièvre typhoïde, dû à une petite rupture du muscle sterno-mastoïdien avec hémorragie intra-musculaire tout à fait analogue aux ruptures observées maintes fois sur le grand droit de l'abdomen et sur quelques autres muscles, atteints de myosite typhique.

OBSERVATION VI

(Lombard et Fauconnet, obs. I.)

Fièvre typhoïde, douleur à la nuque, au cou, dans le bras droit, dysphagie, dysurie. Guérison.

M^{lle} N. N..., âgée de treize ans, habituellement bien portante, demeurant dans une maison entourée de familles où l'on compte plusieurs cas de fièvre typhoïde, a été prise subitement de céphalalgie, de vertiges et d'une douleur très aiguë à la nuque, dans les muscles de la partie droite du cou et au bras droit. L'état général de la malade ne présentait alors aucune complication fébrile, en sorte qu'elle put être amenée à la visite pour consulter un médecin qui considéra le mal dont était atteinte M^{lle} N... comme un *torticollis*, con-

tre lequel il conseilla huit sangsues et des embrocations huileuses. Huit jours après, la malade étant incapable de quitter le lit, le Dr Lombard fut appelé près d'elle et la trouva dans l'état suivant : La peau est chaude, le pouls à 84, la langue humide, la soif vive, il y a beaucoup de rougeur du pharynx, sans tuméfaction des amygdales, mais avec dysphagie très prononcée ; la tête est tournée à droite, et les muscles du cou du même côté sont très douloureux sous la pression, et par le moindre mouvement la douleur descend dans le bras droit et en gêne les mouvements ; il y a des vertiges, de l'agitation, du bourdonnement d'oreilles, de la constipation, une si grande difficulté à uriner que la malade est obligé de se mettre sur les genoux et encore l'émission des urines est-elle alors très lente et très difficile.

On prescrit de l'huile de ricin, un bain tiède et des fomentations sur l'abdomen.

Le surlendemain, la malade était toujours dans le même état, sauf une grande agitation pendant la nuit ; l'huile de ricin a amené trois ou quatre selles, sans soulagement notable ; le pouls est à 84, la langue est humide ; la douleur cervicale est toujours au même point, et la tête tirée du côté droit, la dysphagie et la dysurie n'ont pas diminué.

Le surlendemain (11^e jour), la malade est toujours dans une très vive angoisse ; il y a beaucoup de jactation, de loquacité ; la peau est brûlante, le visage présente beaucoup de stupeur, la langue est sèche et la soif vive. La douleur cervicale et la dysurie sont stationnaires, pas de taches typhoïdes sur l'abdomen ; il n'y a pas eu de selles depuis l'administration de l'huile de ricin. }

Le lendemain (12^e jour) les symptômes typhoïdes deviennent de plus en plus évidents, et cependant le pouls reste à 80 degrés ; la douleur cervicale est la même, ainsi que la dysurie. Il s'est développé depuis hier deux taches typhoïdes très évidentes ; le purgatif a produit un bon effet. On continue les lavages et les fomentations.

Le troisième jour, la dysurie et la douleur cervicales ont notablement diminué. La malade cause beaucoup pendant la nuit, mais n'a pas de délire pendant le jour ; la stupeur du visage et la surdité sont de plus en plus prononcées. Continuer les lavages.

Depuis cette époque les symptômes typhoïdes ont continué ; il a paru de nouvelles taches sur l'abdomen. On a obtenu quelques selles liquides par des lavements administrés pour vaincre la constipation ; la surdité et la stupeur ont été très prononcées ; mais le mouvement fébrile n'a jamais été très marqué, du moins le matin.

La convalescence a commencé à la fin de la troisième semaine, mais les forces sont revenues avec beaucoup de lenteur ; l'amaigrissement a été très prononcé ; les cheveux sont en grande partie tombés et tout a démontré la gravité de l'affection de M^{lle} N...

OBSERVATION VII

Observation II du Mémoire de Breton et Vansteenberghé (1)

H... Maurice, trente-huit ans, entre le 5 décembre à l'hôpital de la Charité. Le malade est atteint depuis huit jours

1. BRETON et VANSTEANBERGHE. « Les arthrites typhiques.

d'une fièvre typhoïde grave. Symptômes classiques de la maladie : fièvre, léger délire, prostration, bronchite, diarrhée fétide, taches rosées, Séro-diagnostic positif au 50°. Six jours après son entrée la température s'élève légèrement et le malade se plaint vivement de son poignet droit.

L'article est enflé ; les mouvements spontanés et provoqués sont très pénibles. La peau n'est pas rouge et les gaines tendineuses semblent respectées. Ce gonflement dure trois jours, puis disparaît peu à peu, sans que les mouvements articulaires en deviennent pour cela possibles. La dothiènerie continue cependant à évoluer en augmentant de gravité. Le 20 décembre, on remarque que le sujet incline la tête à droite, le sterno-cléido-mastoïdien est contracturé. Toute la région du cou est empâtée et douloureuse. La température qui oscillait entre 38 et 39 degrés, atteint en ce moment 40 degrés et le malade présente un délire violent. Il succombe le 21, après douze heures de coma.

OBSERVATION VIII

(Moizard et Grenet) (1)

M... Louis..., âgé de cinq ans, entre le 18 juin 1901 à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Guersant, n° 8.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires ;

Etude clinique et expérimentale ». *Province médicale*, 25 novembre 1905.

1. La forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde. *Archives de médecine des Hôpitaux*, 1903.

ses parents sont vivants et bien portants ; sa mère a eu quatre enfants et à fait une fausse couche de quatre mois.

Le malade est né à terme, a été nourri au sein pendant trois mois, puis au biberon, a marché à vingt mois, a eu la varicelle à deux ans. Depuis que l'enfant est revenu de nourrice, il est sujet à enrhummer et tousse souvent.

Les accidents actuels ont débuté huit jours avant l'entrée du malade à l'hôpital : à ce moment l'enfant se plaignait de mal de tête, de courbature ; il perdait l'appétit, ne dormait plus, se mettait à tousser et était un peu oppressé, il était constipé, il fut purgé chez lui avec de l'huile de ricin.

Lorsqu'il arrive à l'hôpital le 18 juin, l'enfant a maigri, paraît un peu abattu, mais répond encore bien aux questions. La langue est blanche et saburrale en son milieu, rouge à la pointe et sur les bords ; le ventre est souple, non ballonné ; on note un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite ; pas de taches rosées. La rate et le foie paraissent normaux. On trouve dans les aines et dans les aisselles de la polymicroadénopathie.

Le malade se plaint d'une céphalalgie légère et surtout de douleurs à la nuque, douleur exagérée par la pression au niveau des apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres cervicales. Raideur très marquée des muscles du cou ; les mouvements de flexion du cou sont impossibles, et toute tentative pour les provoquer est très douloureuse. Les pupilles, un peu dilatées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation ; pas de strabisme ; pas de signe de Kernig.

Du côté de l'appareil respiratoire, on trouve aux deux sommets en arrière, de la submatité avec perte d'élasticité sous le doigt ; en avant, la sonorité est diminuée surtout à la

partie interne de la région sous-claviculaire gauche. A l'auscultation, on perçoit en arrière des râles humides, surtout aux sommets ; en avant, râles humides, surtout à gauche. Toux grasse, sans expectoration ; dyspnée assez intense : 40 mouvements respiratoires par minute.

Le pouls est rapide, sans irrégularité, ni intermittences.

La température, au moment de l'entrée, atteint 38° 2. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

19 juin. — Les signes physiques restent les mêmes, mais l'enfant a dans la journée plusieurs vomissements alimentaires, sans efforts ; la température atteint le soir 38° 4.

20 juin. — La raideur des muscles du cou a beaucoup diminué, mais il y a une ébauche du signe de Kernig, un peu de douleur et de raideur dans les jambes lorsque le malade étant assis on essaie de les étendre. Les pupilles ne sont plus dilatées et réagissent bien à la lumière. La toux assez fréquente, ne s'accompagne pas d'expectoration. L'enfant répond bien aux questions.

On fait une ponction lombaire mais sans résultat.

Traitement.— Vessie de glace sur la tête, 1 gramme d'iodure de potassium à l'intérieur.

24 juin.— La raideur de la nuque est très peu marquée ; il n'y a pas de signe de Kernig. On note des douleurs spontanées et exagérées par la pression dans les muscles du mollet et une légère hyperesthésie généralisée. Il n'y a pas de strabisme ni inégalité pupillaire. Le pouls est régulier, bat à 150 pulsations par minute.

Mêmes signes d'auscultation qu'au début. La température est de 37° 8 le matin, 38° 9 le soir.

25 juin.— On apprend que la nuit a été un peu agitée ; cependant le malade n'est pas abattu et répond bien aux

questions. Il n'y a plus de raideur de la nuque. Le malade a eu une selle diarrhéique fétide ; il n'y a pas de taches rosées. A la percussion, on trouve de la matité à la base du poumon gauche, sur une hauteur de trois travers de doigt ; à ce niveau, on entend du souffle n'envahissant pas l'aisselle, et de gros râles humides à timbre cavitaire. La température est de 38°4 le matin.

On pratique une ponction lombaire, le liquide est absolument limpide et s'écoule lentement, goutte à goutte ; on en recueille 10 centimètres cubes.

Ce liquide examiné après centrifugation et coloration à l'hématéine-éosine, ne contient pas d'éléments figurés ni polynucléaires, ni lymphocytes. On n'y constate pas non plus de microbes. L'examen du liquide permet de constater, en outre, que les méninges ne sont pas perméables à l'iodure. (La présence de l'iodure a été contrôlée dans les urines).

26 juin. — Les mêmes symptômes persistent : le malade a, dans la journée, une selle en diarrhée ; il n'existe pas de taches rosées. La langue présente les mêmes caractères qu'au début, rouge à la pointe et sur les bords. A la base du poumon gauche, la matité est un peu plus étendue que la veille, mais n'envahit pas l'aisselle ; à ce niveau, on aperçoit du souffle et des râles. Il n'y a pas de strabisme, ni égalité pupillaire. Le pouls est régulier, bat à 136 pulsations par minute ; 36 mouvements respiratoires par minute.

Température 37°7 le matin, 38°5 le soir.

Séro-diagnostic au 300 positif. (Par mesure de contrôle, le séro-diagnostic a été refait et de nouveau trouvé positif quelques jours plus tard.)

Fibrine diagnostic. — Une goutte de sang est recueillie sur

la cellule à rigole ; absence presque complète de réticulum fibrineux au bout d'une heure.

Diazo-raction. — Coloration brune, non caractéristique.

Les mêmes symptômes persistent les jours suivants, la température se maintenant au voisinage de 38 degrés.

Le malade a tous les jours une ou deux selles en diarrhée ; la langue est rouge à la pointe et sur les bords ; pas de taches rosées. Les mêmes signes sont constatés à la base du poumon gauche. Le pouls est rapide et régulier. Il n'a pas de délire ; les nuits sont calmes.

2 juillet. — On trouve de la matité et de la diminution du murmure vésiculaire à la base du poumon gauche. La langue garde les mêmes caractères ; il existe une éruption miliaire généralisée.

8 juillet. — La matité persiste à la base, mais le murmure vésiculaire s'entend mieux ; en outre, on perçoit, après la toux, des râles humides, fins et nombreux.

A partir du 10 juillet, la fièvre est complètement tombée ; l'enfant est très amaigri, mais l'état général commence à s'améliorer. Les signes d'auscultation persistent.

L'état général s'améliore de plus en plus, le 26 juillet, on retrouve de la submatité avec du souffle et des râles humides sous la clavicule gauche.

29 octobre. — Le malade, qui a beaucoup engraisé, quitte l'hôpital pour aller au sanatorium d'Hendaye. Son état général paraît excellent, mais il persiste au sommet gauche de l'élévation de la tonalité et de la respiration soufflante.

CHAPITRE III

ETUDE SÉMEIOLOGIQUE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE TORTICOLIS AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La lecture des observations que nous venons de rapporter montre que le torticolis au cours de la fièvre typhoïde peut se montrer à des périodes différentes, et avec un cortège symptomatique assez variable. On peut en dégager plusieurs variétés de signification différente et que nous allons passer rapidement en revue.

1° Le torticolis, signe de début de la fièvre typhoïde

Ce sont MM. Nobécourt et Paiseau qui ont attiré l'attention sur cette variété de début de la dothiéntérie. Dans leur communication toute récente à la Société de Pédiatrie (1), ces auteurs rapportent les deux observations que nous avons reproduites plus

1. P. NOBÉCOURT et G. PAISSEAU. « Le torticolis, signe du début de la fièvre typhoïde chez l'enfant. » *Bulletins de la société de Pédiatrie*, 1909, p. 363.

haut (obs. I et II) et qui ont été prises dans le service du professeur Hutinel. Ils insistent sur ce fait, que dans leurs deux observations le torticolis a été un phénomène précoce, un phénomène de début. Ils ajoutent : « Le fait pour être assez rare, n'est pas exceptionnel chez l'enfant. « Le professeur Hutinel l'a assez souvent observé pour lui attribuer une certaine valeur dans le diagnostic de la fièvre typhoïde au début. En 1899 notre maître envoyait l'un de nous auprès d'un jeune garçon de treize ans qui, depuis plusieurs jours, avait du torticolis et de la fièvre et lui recommandait de penser à une fièvre typhoïde : les premiers symptômes de la maladie ne tardèrent pas à se manifester et elle évolua régulièrement. » Avec ces observations de MM. Nobécourt et Paiseau, avec notre observation III, qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur agrégé Nobécourt, on peut esquisser la séméiologie du torticolis du début de la fièvre typhoïde.

Les cinq observations que nous venons de citer concernent des enfants de huit à quatorze ans : les deux sexes sont à peu près également représentés, trois filles pour deux garçons. La question de sexe nous semble peu intéressante, mais il est plus intéressant de constater que tous les cas de torticolis au début de la fièvre typhoïde que nous avons pu rassembler concernent des enfants. Dans les observations I, II et III le torticolis a été vraiment le premier signe annonçant l'évolution de la fièvre typhoïde et a précédé les autres signes tels que céphalée, vertiges,

vomissements. Dans l'observation VI (Fritz), le torticolis est apparu en même temps que les vertiges et les douleurs de la nuque.

Il aurait été extrêmement intéressant d'avoir les courbes thermiques dès le début du torticolis, mais le torticolis par sa précocité même échappe à une observation thermique régulière, telle que celle que l'on pourrait pratiquer dans un service hospitalier. D'autre part, le torticolis est le plus souvent considéré comme un accident sans importance, de nature rhumatismale, et l'attention n'ayant pas été attirée sur l'importance séméiologique qu'il peut avoir, la température n'est pas prise avant que les malades rentrent à l'hôpital.

Dans l'observation du professeur Hutinel, dans l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur agrégé Nobécourt, la fièvre est expressément notée ; torticolis et fièvre résument l'ensemble symptomatique et MM. Nobécourt et Paisseau dans les conclusions de leur travail insistent, à juste titre, sur l'importance de la fièvre en présence d'un cas de torticolis chez l'enfant : « S'il y a de la fièvre, surtout si celle-ci augmente progressivement, il faut penser au début possible d'une fièvre typhoïde. »

Le torticolis du début de la fièvre typhoïde, dans les observations que nous rapportons, a persisté plusieurs jours et disparut progressivement à mesure que s'installaient les symptômes de la période d'état et que la température s'élevait ; c'est un symptôme de début qui disparaît à la période d'état.

2° Le torticollis associé à d'autres manifestations nerveuses de la fièvre typhoïde.

On sait combien sont fréquents les accidents nerveux au cours de la dothiéntérie et que, bien souvent, le clinicien hésite entre fièvre typhoïde et méningite, tuberculeuse ou non. Le diagnostic est aujourd'hui le plus souvent possible, grâce au séro-diagnostic et à l'examen du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire, mais on conçoit combien devaient être embarrassés autrefois les cliniciens en présence de formes spinales ou cérébro-spinales de la fièvre typhoïde.

Les accidents nerveux apparaissent, tantôt comme complication d'une fièvre typhoïde déjà caractérisée, parfois aussi, ils apparaissent dès le début et impriment à la maladie une allure tout à fait spéciale.

On peut observer les signes complets d'une méningite : céphalée, rachialgie, hyperesthésie musculaire et cutanée, raideur de la nuque et du tronc, contracture des membres ; ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on peut observer un torticollis vrai (observation de M. Guinon). La raideur du cou est bilatérale et n'a pas l'attitude caractéristique du cou tordu. Les troubles respiratoires et circulatoires, la raie méningitique, les vomissements à type cérébral, le délire, les troubles oculaires complètent le tableau de la méningite ; enfin le signe de Kernig, qui ne manque presque jamais.

Anatomiquement, ces cas correspondent à une méningite séreuse, à une méningite suppurée ; parfois le liquide céphalo-rachidien, absolument clair, est hypertendu. Au point de vue bactériologique, on a pu constater la présence du bacille d'Eberth pur ou associé à d'autres microbes, que le liquide soit purulent ou non.

Les réactions cellulaires sont variables suivant le moment où est fait la ponction, l'intensité de l'affection ; on peut observer soit une prédominance de lymphocytes, soit de polynucléaires.

Toutes ces formes de dothiënenterie avec réaction méningée sont extrêmement graves, la forme suppurée est le plus souvent mortelle et dans les autres formes, le pronostic reste extrêmement sombre. On voit donc quelle erreur de pronostic entraînerait le fait de rattacher tout torticolis typhique à une complication méningée. Nous avons eu soin de bien séparer ces formes méningées dans lesquelles le torticolis est perdu dans le complexe symptomatique, des formes où le torticolis est le seul phénomène qui pourrait être imputé à une méningite : nous verrons dans un prochain chapitre que la pathogénie du torticolis est différente dans les deux cas.

3^e Le torticolis, complication articulaire de la période d'état de la fièvre typhoïde

L'observation VII que nous empruntons à MM. Breton et Vansteenberghé est le seul exemple que nous

avons rencontré de torticolis par arthrite à la période d'état de la dothiënenterie. Il s'agit d'une typhoïde grave avec arthrite du poignet droit. Le torticolis qui survint après l'atténuation de l'arthrite du poignet était dû, comme l'a montré l'autopsie, que nous rapportons plus loin, à une arthrite séreuse de la colonne cervicale.

Il est intéressant de noter l'association du torticolis avec une arthrite du poignet : le torticolis du début est toujours isolé et ne s'accompagne pas d'arthrites des autres articulations. Nous reviendrons ultérieurement sur cette intéressante observation et nous verrons l'interprétation que l'on peut en tirer relativement à la pathogénie du torticolis du début.

4° Le torticolis par myosite typhique du sterno-cléido-mastoïdien

L'observation V que nous empruntons à M^{me} Nageotte-Wilbouchevitch est un exemple remarquable et, croyons-nous, unique jusqu'à ce jour de torticolis par myosite typhique du sterno-mastoïdien. Les myosites typhiques amènent assez souvent la rupture musculaire ; cet accident est bien connu au niveau des grands droits de l'abdomen et des adducteurs de la cuisse. On en trouve de nombreux exemples dans la thèse de Kieffer (1) et de Sommeil (2), mais nous

1. KIEFFER. *Les ruptures musculaires spontanées dans la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1895.

2. SOMMEIL. *Des musculaires dans la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1894.

n'en avons pas trouvé d'exemple, en dehors du cas de M^{me} Nageotte-Wilbouchevitch concernant le sterno-mastoïdien.

La date d'apparition de ce torticolis musculaire a été tardive ; dans l'observation de M^{me} Nageotte Wilbouchevitch l'accident s'est produit au bout d'un mois, en pleine convalescence, alors que le malade se levait. C'est toujours vers la même époque que se produisent les ruptures musculaires de la dothiënenterie qui sont un accident tardif, de convalescence. La date d'apparition individualise donc déjà la forme musculaire du torticolis typhique.

Il s'agit d'un accident brusque : le malade ressent tout à coup, en faisant un mouvement, une douleur aiguë au niveau du siège de la rupture. La douleur gêne la mastication, la déglutition, et immobilise la tête en position latérale. Il y a de l'induration et de l'infiltration au point de la rupture, qui est douloureux à la pression. L'évolution dans le cas de M^{me} Nageotte Wilbouchevitch s'est faite en une huitaine de jours ; le foyer hémorragique s'est résorbé sans suppurer, mais nous savons que la suppuration n'est pas rare au niveau des foyers de rupture musculaire de la dothiënenterie et il n'est pas impossible que pareil accident soit observé un jour ou l'autre au niveau du sterno-mastoïdien.

A l'aide de cette observation et en tenant compte de ce que nous savons des accidents musculaires de la fièvre typhoïde, on peut caractériser ainsi le torticolis musculaire des typhiques : c'est un accident

brusque, se produisant pendant la convalescence, et s'accompagnant d'un foyer d'infiltration au niveau du siège de la rupture : on doit envisager la possibilité d'une suppuration.

CHAPITRE IV

PATHOGENIE

Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées relativement à la pathogénie du torticolis au cours de la fièvre typhoïde : on peut éliminer l'intervention d'une lésion de voisinage (suppuration ganglionnaire ou phlébite de la jugulaire) dont il ne saurait être question dans les observations que nous avons rapportées plus haut ; restent donc à discuter les hypothèses d'un torticolis musculaire, d'un torticolis réflexe d'origine articulaire, d'un torticolis d'origine nerveuse, centrale ou périphérique.

Les lésions de la fibre musculaire sont particulièrement fréquentes au cours de la fièvre typhoïde, qu'il s'agisse de la fibre musculaire cardiaque ou de la fibre musculaire striée des muscles moteurs du squelette. Histologiquement, il s'agit d'une dégénérescence granuleuse, cireuse ou vacuolaire que l'on trouve à l'autopsie dans près de 75 0/0 des cas ; elle intéresse fréquemment le sterno-cléido-mastoïdien, moins souvent cependant que les muscles adducteurs de la cuisse ou grands droits de l'abdomen.

Cliniquement, cette altération musculaire est abso-

lument latente, elle ne se manifeste par aucune douleur. Lorsqu'elle se révèle, c'est à la suite d'une rupture ; l'observation V que nous empruntons à M^m. Nageotte Wilbouchévitch en est un exemple. Nous ne revenons pas sur les différences cliniques qui séparent cette observation de celles de MM. Nobécourt et Paiseau et de la nôtre, relativement aux modifications locales, musculaires ; nous insisterons sur ce fait que la myosite et ses complications sont un accident tardif de la fièvre typhoïde, survenant le plus souvent en pleine convalescence ; la myosite peut, à notre avis, intervenir pour expliquer un torticolis tardif, et de symptomatologie très spéciale, comme le cas très intéressant de M^m. Nageotte-Wilbouchévitch, mais nous pensons que pour les torticolis du début, il faut chercher une autre explication.

On ne saurait pas plus invoquer pour expliquer le torticolis une ostéo-myélite ou une ostéo-périostite ; ce sont là deux complications assez fréquentes dans la fièvre typhoïde, mais ce sont en général des complications tardives, à tendance suppurative, et s'observant par conséquent dans des conditions bien différentes du torticolis du début de la fièvre typhoïde.

MM. Nobécourt et Paiseau, dans leur communication à la Société de Pédiatrie, rattachent le torticolis typhique à une arthrite séreuse typhique des articulations vertébrales : on sait que d'après les professeurs Grancher et Lannelongue le torticolis rhumatismal vulgaire serait dû à des arthrites séreu-

ses de la colonne cervicale. Un grand nombre d'arguments d'ordre clinique ou anatomo-pathologique militent en faveur de cette interprétation.

Les manifestations articulaires bénignes, arthralgie, hydarthrose, arthrite non suppurée, sont loin d'être exceptionnelles au début de la fièvre typhoïde et le professeur Robin a individualisé sous le nom d'arthro-typhus, une forme de dothiënenterie qui débute cliniquement par un rhumatisme articulaire aigu. D'autre part, à la période d'état on observe des arthrites séreuses, localisées et sous la dépendance du bacille d'Eberth. Les arthrites de la période d'état comme celles du début, ont une tendance naturelle vers la guérison et ne suppurent pour ainsi dire jamais à l'inverse de celles de la convalescence.

On est donc parfaitement autorisé pour expliquer le torticolis passager du début de la dothiënenterie à invoquer une arthrite vertébrale séreuse passagère et curable comme celles que l'on observe sur les articulations des membres. A l'appui de cette manière de voir nous pouvons apporter une autopsie que nous empruntons à MM. Breton et Vansteenberghe (1) et qui est celle du malade de notre observation VII.

« A l'autopsie, lésions ordinaires de la fièvre

I. BRETON et VANSTEENBERGHE. « Les arthrites typhiques. Etude clinique et expérimentale. » *Province médicale*, 25 novembre 1905.

typhoïde. On ouvre l'articulation du poignet droit. (On a préalablement prélevé aseptiquement un peu de liquide que l'on ensemence de suite.) On remarque que la synoviale est rouge, congestionnée, et qu'un dépôt fibrineux, semblable à une fausse membrane, la tapisse sans y adhérer. Les cartilages ne sont pas érodés, et les extrémités osseuses sont intactes. Pas de traces de périostite ni de synovite de voisinage.

« L'articulation de la troisième vertèbre cervicale présente des lésions identiques. Les cultures faites avec le liquide poussent très grêles d'abord, et seulement en bouillon. Le deuxième ensemencement est beaucoup plus fertile et montre un bacille très mobile, ne prenant pas le Gram, ayant morphologiquement l'aspect du bacille d'Eberth; le bacille ne donne pas de cultures apparentes sur pomme de terre. Il pousse sur gélatine sans la liquéfier, dans le lait sans le coaguler, dans le bouillon en donnant des ondes moirées caractéristiques.

« Il ne produit pas trace d'indol dans les cultures et se montre très nettement agglutiné au 1/10.000 par un sérum antityphique anthétique, et au 1/100 par le sang d'un malade atteint de fièvre typhoïde classique. Il s'agit donc bien d'un bacille d'Eberth typique. »

Cliniquement il s'agissait d'un torticolis au cours d'une fièvre typhoïde : à l'autopsie on trouve une arthrite séreuse vertébrale et dans le liquide articulaire, on a pu isoler un bacille que ses caractères

de culture et d'agglutination ont permis d'identifier avec le bacille d'Eberth. On pourra nous objecter que dans ce cas, il s'agit d'un torticolis survenu à la période d'état et non au début : nous n'en pensons pas moins que la constatation d'un pareil fait est un argument puissant en faveur de l'interprétation de MM. Nobécourt et Paiseau qui, il nous semble, devra être adoptée pour expliquer la pathogénie du torticolis du début de la dothiènerie. Lorsqu'il s'agit d'une affection aussi complexe, à symptomatologie et à durée aussi variables, si riche en complications de toutes sortes, ce serait une erreur que de s'en tenir à une explication unique et de rattacher tous les cas de torticolis à une arthrite séreuse vertébrale : nous pensons que telle est la pathogénie du torticolis dans nos observations I, II, III et VI, mais nous pensons que, dans d'autres cas, que nous avons d'ailleurs différenciés cliniquement, d'autres explications doivent être adoptées. C'est ainsi que MM. Netter et Guinon l'ont observé dans des cas de dothiènerie compliqués de méningite et dans ces cas, il est bien évident que l'on doit invoquer une altération du nerf spinal et des nerfs cervicaux par l'exsudat méningé. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs que l'exsudat soit purulent et l'on peut avoir affaire à une méningite séreuse. Dans tous ces cas, la ponction lombaire en donnant un liquide purulent ou riche en éléments cellulaires ou bactériens donnera des renseignements absolument certains sur la pathogénie de ces torticolis.

Enfin, il est possible que le torticolis soit une manifestation de l'action de la toxine typhique sur les centres nerveux.

C'est à cette action de la toxine sur les centres nerveux que l'on rattache aujourd'hui les spasmes, les contractures, le hoquet que l'on observe au cours des dothiéntéries graves, des formes ataxo-adiynamiques : parmi ces accidents Trousseau signale avec Fritz la contraction spasmodique ou rythmique du sterno-mastoïdien et du trapèze.

De cette discussion, nous nous croyons en droit de tirer les conclusions suivantes :

1° Il est très probable comme le supposent MM. Nobécourt et Paisseau que le torticolis du début de la fièvre typhoïde est dû à une arthrite séreuse typhique de la colonne vertébrale ;

2° A la période d'état le torticolis peut apparaître soit comme manifestation d'une méningite, soit comme manifestation d'une intoxication profonde du système nerveux.

3° A la période de convalescence le torticolis peut être causé par une rupture musculaire.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic se pose différemment, selon que l'on a affaire à un torticolis isolé ou à un torticolis associé à d'autres manifestations morbides.

Il résulte des observations de MM. Nobécourt et Paiseau qu'en présence d'un torticolis chez l'enfant, on doit envisager la possibilité d'un début de fièvre typhoïde. On éliminera par un examen approfondi du sujet un torticolis symptomatique d'une lésion du cou : on examinera avec le plus grand soin la gorge du sujet, on recherchera la douleur localisée au niveau de la colonne vertébrale, enfin, on recherchera du côté des pupilles, de la musculature oculaire les signes que pourrait trahir une participation des méninges ; on ne négligera pas de rechercher le signe de Kernig. On pourra alors se demander s'il s'agit simplement d'un torticolis rhumatismal ou d'un torticolis typhique. Il est possible que les recherches ultérieures, en précisant les caractères de la douleur, permettent plus tard de faire le diagnostic qui nous paraît à l'heure actuelle absolument impossible ; nous pensons cependant qu'un

certain nombre de circonstances permettraient de redouter l'apparition d'une fièvre typhoïde. Au cours d'une épidémie, dans un milieu déjà contagioné, l'apparition d'un torticolis chez un enfant devra évidemment faire songer à la possibilité d'une dothiénenterie. Il faudra surtout tenir compte de la température qui sera prise régulièrement matin et soir : une élévation thermique progressive et continue sera un puissant argument en faveur de l'hypothèse de dothiénenterie.

Le séro-diagnostic de Widal, qui rend de si grands services pour le diagnostic des formes normales de la fièvre typhoïde, n'a pas été jusqu'ici utilisé dans le cas de torticolis du début de la fièvre typhoïde : ce sera une recherche intéressante à faire. Nous savons, en effet, que la séro-réaction de Widal peut être assez précoce dans son apparition ; c'est ainsi que dans deux cas de contagion hospitalière (1) MM. Widal et Digne ont trouvé la séro-réaction positive dans un cas au 1/50, le quatrième jour et dans un autre au 1/100 le quatrième jour également.

Il est vrai qu'il s'agissait de deux cas à invasion rapide, puisque, le quatrième jour la température était au-dessus de 39°5 et de 40 degrés. On peut néanmoins espérer que le séro-diagnostic appliqué méthodiquement tous les jours aux cas de torticolis fébrile

1. F. WIDAL et DIGNE. « Etude sur le début de la fièvre typhoïde dans deux cas de contagion hospitalière. » *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1901, p. 1093.

infantile permettra d'affirmer le diagnostic de dothiènerie avant l'apparition des principaux signes cliniques.

La recherche du bacille d'Eberth dans le sang par ensemencement du sang de la veine, pourra peut-être donner des renseignements plus précis ; en effet, dans l'un des cas rapportés par MM. Widal et Digne, l'hémoculture a donné un résultat positif dès le second jour.

On ne négligera pas de pratiquer la diazo-réaction d'Erblich, qui dans les cas précités de MM. Widal et Digne était positive dès le quatrième jour.

Lorsqu'il s'agit d'un torticolis associé à des phénomènes généraux et méningés, le diagnostic se pose dans des conditions différentes, suivant que le diagnostic de la fièvre typhoïde a été fait ou non.

Si le diagnostic de fièvre typhoïde a été fait, le diagnostic se limitera aux deux hypothèses : arthrite de la colonne vertébrale ou méningite.

L'existence d'autres complications articulaires comme dans le cas de MM. Breton et Vansteenbergh sera un argument en faveur de l'arthrite vertébrale, tandis que la présence d'autres symptômes méningés plaidera en faveur de la localisation du signe de Kernig, dont M. Netter a bien mis la valeur en évidence dans des pareils cas : ce symptôme entraînera le diagnostic de méningite.

La ponction lombaire fournira des renseignements plus précis et permettra de savoir si l'on a affaire à une méningite séreuse ou purulente ; elle permettra

également de connaître la nature microbienne de la méningite (méningite à bacille d'Eberth, pur ou associé).

Lorsque le diagnostic de fièvre typhoïde n'aura pas été fait, le diagnostic de ces formes nerveuses est à faire avec la méningite tuberculeuse, cérébro-spinale et les complications méningées des affections aiguës. L'examen du sang, du liquide céphalo-rachidien rendront les plus grands services.

Le séro-diagnostic, l'hémoculture permettront de reconnaître la nature typhique de l'affection ; la ponction lombaire, comme dans les cas précédents, fera connaître la nature du processus méningé.

La méningite cérébro-spinale sera facilement reconnue, même si elle complique une dothiénenterie légitime : la présence de diplocoques en grain de café ne prenant pas le Gram, est caractéristique. La méningite tuberculeuse sera plus difficile à éliminer. Dans la méningite typhique aussi bien que dans la méningite tuberculeuse, le liquide peut être clair et dans ces deux cas, il peut contenir des lymphocytes. La recherche du bacille de Koch dans le culot de centrifugation n'a de valeur que si elle est positive ; si on ne trouve pas de bacilles, on devra inoculer le liquide au cobaye, procédé malheureusement très long. La culture du liquide céphalo-rachidien pourra donner le bacille d'Eberth comme dans le cas de M. L. Guinon, mais on peut avoir affaire à un processus méningé aseptique, simplement congestif et dans ces cas, si le sujet a des antécédents suspects, si c'est un tuberculeux,

comme le sujet de MM. Moizard et Grenet, il sera bien difficile de ne pas songer à la tuberculose.

Le torticolis de la convalescence sera facilement reconnu, grâce aux lésions musculaires locales, à l'infiltration sanguine, au début brusque.

Le diagnostic du torticolis étant fait, sachant à quelle variété nous avons affaire, est-il possible d'en tirer des notions intéressantes relativement au pronostic?

Le torticolis du début ne paraît comporter aucune signification grave : les trois malades dont nous avons rapporté l'observation ont guéri; ce fait est d'accord avec l'interprétation pathogénique de MM. Nobécourt et Paiseau, qui admettent l'arthrite vertébrale séreuse légère et rejettent l'hypothèse d'une lésion médullaire ou méningée. Du fait que nos trois malades ont guéri, il faudrait cependant bien se garder de conclure à la bénignité de toute fièvre typhoïde commençant par un torticolis. Nos trois observations concernent des enfants et l'on connaît la bénignité relative de la dothiéntenterie chez ces sujets.

Il faut cependant faire quelques réserves, la malade de M. Guinon ayant succombé à une méningite.

Le torticolis de la période d'état, qu'il soit dû à une localisation du bacille d'Eberth sur les articulations, les méninges, ou à une intoxication des centres nerveux par les toxines, indique toujours une forme grave de la maladie et entraîne de sérieuses réserves dans le pronostic.

Le torticolis de la convalescence ne peut que retarder la guérison de quelques jours et n'a pas de signification de pronostic fâcheuse.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le torticolis du début de la fièvre typhoïde ne comporte pas de traitement spécial, et il est rarement assez douloureux pour nécessiter une médication analgésique. En présence d'un torticolis fébrile chez un enfant, on devra songer à la possibilité d'une dothiènerie et en conséquence mettre le malade au repos le plus complet, surveiller l'alimentation (nourriture légère, régime lacté). On pourra agir sur l'intestin par quelques purgatifs salins.

Le traitement du torticolis produit par une méningite ne comporte pas d'indications spéciales ; on pratiquera la ponction lombaire et on administrera des bains chauds.

En présence d'un torticolis par rupture musculaire, on devra surveiller attentivement le malade et se tenir prêt à intervenir au cas de suppuration.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1° On peut, au début de la fièvre typhoïde chez l'enfant, observer un torticolis fébrile, à l'exclusion de tout autre symptôme ;

2° A la période d'état, on peut observer un torticolis produit soit par une méningite, soit par une arthrite des articulations vertébrales ;

3° Au stade de convalescence, une rupture du sternomastoïdien par myosite typhique peut donner lieu à un torticolis ;

4° L'existence d'un torticolis au début de la fièvre typhoïde n'entraîne pas de gravité spéciale du pronostic.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Breton* et *Vansteenterghe*. — Les arthrites typhiques. Etude clinique et expérimentale. Province médicale, 18 et 25 novembre 1905.
- Brouardel* et *Thoinot*. — Fièvre typhoïde, in traité de médecine Brouardel et Gilbert.
- Chantemesse*. — Article fièvre typhoïde, in traité de médecine Charcot-Bouchard.
- Dopter*. — Sur un cas de fièvre typhoïde avec phénomènes méningés. Ponction lombaire. Cyto-diagnostic négatif. Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 1902, p. 126.
- Florange*. — Des manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Thèse de Paris, 1902.
- Fritz*. — Etude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1863.
- Guinon*. — Un cas de méningite à bacille d'Eberth. Bulletin de la Société de Pédiatrie, n° 7, 1901.
- Guyon*. — Article torticollis. Dictionnaire des sciences médicales.
- Hutinel*. — Les méningites non suppurées (méningismes, méningites séreuses). Revue mensuelle des mala-

dies de l'enfance, avril 1902. Les maladies des enfants.

Lombard et Fauconnet. — Etudes cliniques sur quelques points de l'histoire des fièvres typhoïdes. Gazette médicale de Paris, 1843.

Mery (H.). — Article fièvre typhoïde, in traité des maladies de l'enfance de Grancher-Comby-Marfan.

Moizard et Grenet. — Forme cérébro-spinale de la fièvre typhoïde. Archives de médecine des enfants, 1903, p. 1.

Nageotte-Wilbouchevitch (M^{me}). — Observation in bulletin de la Société de Pédiatrie, 1909, p. 366.

Netter (L.). — Remarque in Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1901, p. 219.

Nobécourt et Paiseau. — Le torticollis, signe du début de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1909, p. 363.

Nobécourt et Tixier. — Troubles du rythme respiratoire d'origine nerveuse au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant. Archives de médecine des enfants, 1907, p. 661.

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, II, p. 682, 1853.

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 4^e édition, 1873, p. 333.

Weiss. — Article torticollis. Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
CHAPITRE I. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Observations cliniques.....	15
CHAPITRE III. — Etudes séméiologiques des différen- tes variétés de torticolis au cours de la fièvre typhoïde.....	31
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	39
CHAPITRE V. — Diagnostic et pronostic.....	45
CHAPITRE VI. — Traitement.....	51
CHAPITRE VII — Conclusions.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54